

· 经验交流 ·

封闭配合局部制动治疗腕管综合征

Treatment of carpal tunnel syndrome with blockade and external fixation

糕宝华

ZHUO Bao-hua

关键词 腕管综合征; 封闭; 外固定 **Key words** Capal tunnel syndrome Blocking External fixations

腕管综合征是以单手或双手出现桡侧 3~4 个手指麻木、疼痛、甚至功能障碍, 夜间或晨起时较明显为特征的疾患。麻木、疼痛有时放射至肘或肩部, 重者拇指外展、对掌无力, 动作不灵活。多见于用手及腕部集中劳作者, 50 多岁女性好发。自 2001 年 7 月 - 2004 年 11 月以封闭配合腕关节外固定治疗 42 例共 66 腕, 取得了满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 42 例中男 9 例, 女 33 例; 单腕者 18 例, 双腕者 24 例; 年龄 28~67 岁, 平均 58 岁; 病程 10 d~2 年, 有腕部劳损者 36 例, 有受凉史者 4 例, 无明显病因者 2 例。除 1 例因双手使用凿岩机发病较急外, 其余病例均为缓慢发病。

1.2 症状与体征 初起均感觉患手桡侧 3~4 个手指麻木, 以中指麻木最明显, 且夜间或晨起时加重, 伸屈活动后可减轻。重者伴有腕、指钝痛, 麻木和疼痛可向肘或肩部牵涉, 有的患者往往以上肢麻木就诊。有 11 腕拇指对掌无力, 不能正常持筷、持笔, 查体可见大鱼际肌萎缩、扁平, 拇食两指腹对掌时不能捏成圆形, 其余病例外观基本正常。58 个腕叩击腕部正中神经时 Tinel 征呈阳性, 全部病例腕极度屈曲试验时均呈阳性。

1.3 辅助检查 所有病例均经诱发电位肌电图证实诊断, 表现为正中神经传导速度明显延长, 有 17 腕的腕-拇短展肌间隔(潜伏期)超过 4.5 ms。部分病例拇对掌肌、拇短展肌、拇内收肌有周围神经受损的肌电图出现。

2 治疗方法

2.1 封闭方法 以配合 7 号针头的 5 ml 注射器抽取醋酸曲安奈德注射液(上海通用药业股份有限公司生产) 0.4 ml 2% 利多卡因注射液 1 ml。将腕关节置中立位或略背伸位, 距腕横纹 1~1.5 cm 处, 桡侧屈腕肌和掌长肌腱的中点做一标记为进针点。常规消毒后, 将针快速刺入皮下, 然后将针与皮肤约成 15°~20° 角度缓慢进针至腕管内。边进针边试行推进药物, 如有阻力则将角度略微调整, 如无阻力, 抽吸无回血, 则缓慢注入药物。快速拔针后, 以乙醇棉球, 压迫针孔 1~2 min 无渗血即可, 每周 1 次, 最多不超过 3 次。

2.2 固定方法 将腕关节背伸 30° 位, 自前臂中段偏远至掌指关节近端以短臂背侧石膏托固定腕关节。第 2 天石膏干固后, 白天将石膏托除去, 正常工作、生活。每晚睡前将石膏

托再简单固定上, 以防夜间关节屈曲位, 需固定 3~4 周, 但治疗期间应尽量避免腕部劳作, 如手工针织、洗衣物、写作、打电脑等。

3 治疗结果

3.1 疗效评定^[1] 治愈: 症状消失, 感觉、肌力、功能恢复正常, 肌电图检查, 神经传导功能恢复满意; 好转: 症状基本消失, 感觉、肌力、功能明显恢复, 肌电图示神经传导功能明显改善; 无效: 症状、肌力及肌电图均无明显改善。

3.2 结果 42 例分别获得 6~36 个月随访。在治疗 1 周后手指麻木和疼痛感明显改善, 6 周后 54 个腕症状完全消失, 功能障碍者拇食指对掌功能明显改善。6 个月后, 大鱼际萎缩者明显好转。有 9 个腕治疗后因又过度用腕部劳作, 症状在 2~5 个月复发, 经再次治疗后好转, 治愈好转率 95.4%, 有 3 个腕治疗后症状及肌电图均无明显改善, 改行常规手术治疗, 无效率占 4.6%。

4 讨论

腕管是个较大的骨-韧带隧道, 由腕骨和腕横韧带组成, 在腕管内通过有 9 根屈指肌腱和正中神经, 肌腱外被有滑膜鞘。任何原因使腕管内压增高时, 均无缓冲余地, 正中神经将直接受到压迫, 产生神经失用症, 即神经结构完好, 传导功能障碍, 如果去除导致传导阻滞的原因, 神经传导的功能可以恢复^[2]。

本组病例大多为腕部有劳损者, 从而导致肌腱、滑膜水肿, 肥厚, 腕管内压增高。腕管内压增高后, 使其中组织缺氧, 渗透性增强, 进一步加重了渗出、水肿和腕管内压增高, 这一恶性循环导致病情逐渐加重。醋酸曲安奈德注射液为肾上腺皮质激素类药物, 呈混悬液, 有较强的抗炎抗渗出作用, 可有效地抑制炎症物质的产生, 减少炎症反应, 减轻组织水肿, 从而降低腕管内压, 治愈病变。采用小剂量用药, 对全身及局部肌腱均未发现不良反应。此疗法简便易行, 可避免因手术带来的痛苦及花费, 康复时间长和其他种种不良因素。

腕关节屈曲可使腕管内压增高并加重神经压迫。由于睡眠时腕将不自觉地屈曲, 腕管内压必然增高, 这可以解释为什么许多患者在睡眠或晨起时症状加重。所以睡眠前将腕关节用石膏托或支具固定在略背伸位, 这一点很重要, 将有助于减轻腕管内压, 从而减轻症状和提高疗效。用石膏或支具外固定, 比单一疗法可明显提高疗效并在很大程度上减少复发率。

在腕管综合征的诊断方面, 首先应与颈椎病等相关疾病

明确鉴别,以免延误诊治。因为患者在临床上表现为手指麻木、疼痛,甚至整个上肢不适,许多病例在外院就诊时都曾诊断为颈椎病等,而很少考虑到本病。在用诱发电位检查时,特别是有拇短展肌萎缩的病例,需要注意到:由于鱼际肌的神经支配类型有多种,刺激正中神经返支(RMN)能同时刺激支配鱼际肌的尺神经深支(DUN)或DUN与RMN间的交通纤维,而跟刺激DUN无关。所以刺激RMN不能认为是诊断

正中神经失用症的可靠方法^[2]。

参考文献

- 1 总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京: 人民军医出版社, 1998 390-392
- 2 毕胜. 重新评价刺激正中神经返支诊断腕正中神经失用症. 国外医学: 物理医学与康复学分册, 2004, 24(2): 96

(收稿日期: 2005-06-08 本文编辑: 李为农)

四肢动脉损伤修复导致淋巴漏 13例分析

Analysis of postoperative complications (lymphatic leak) caused by treatment of injury of artery of extremity: A report of 13 cases

刘占宏¹, 李薇薇¹, 刘芝慧¹, 葛宝丰², 文益民²

LIU Zhan-hong, LI Wei-wei, LIU Zhi-hui, GE Bao-feng, WEN Yi-min

关键词 动脉损伤; 淋巴漏 **Key words** Injury of artery; Lymphatic leak

我科自 1989-2005 年共收治各种原因造成的腋动脉、股动脉损伤 53 例, 全部治愈。其中 13 例出现不同程度的淋巴漏及淋巴水肿, 现报告如下。

1 临床资料

本组 53 例, 其中男 52 例, 女 1 例; 年龄 32~84 岁, 平均 52 岁。腋动脉损伤 2 例, 股动脉损伤 51 例。术后出现淋巴漏 13 例并伴有不同程度的淋巴水肿, 其中腋动脉损伤 2 例, 股动脉损伤 11 例, 出现淋巴漏的时间是术后 5~7 d 平均 6 d 淋巴液日引流量 20~1 500 ml, 其中再次行引流术 3 例。

2 治疗方法

一般对漏出量小于 500 ml/d 的病例, 不必特殊处理, 除持续负压引流外, 加强局部换药; 当漏出量大于 500 ml/d 加强饮食蛋白摄入, 并注意白蛋白, 新鲜血浆补充, 抗感染; 对引流量在 1 500 ml/d 以上, 或引流量持续水平 1 000 ml/d 1 周以上者, 可考虑手术治疗, 可以在肢体远端皮下注射亚甲蓝显示淋巴管, 手术缝扎处理腋动脉或股动脉周围的淋巴漏出部位创面, 同时肌注阿托品 0.5 mg 每日 3 次, 持续 7~10 d^[1]。

3 结果

7 例更换敷料, 局部加压包扎并持续负压引流; 3 例手术缝扎处理血管周围淋巴漏出部位的创面; 3 例再次行引流术。13 例全部治疗成功, 获得随访, 随访时间 7~12 个月, 局部伤口全部愈合、患肢功能正常。

4 讨论

4.1 淋巴漏的原因 腋动脉和高位股动脉损伤后, 形成巨大血肿及皮下广泛淤血, 局部肌间组织及皮下组织剥离、坏死、机化、解剖结构移位, 老年患者的血管内膜有钙化、分离等病理改变, 切除病变血管范围广, 易误伤淋巴管及淋巴结。解剖特点: 淋巴管与浅静脉伴行, 当浅静脉受阻时, 浅淋巴管可部分代偿体液的回流^[2,3]。上下肢淋巴管分别汇入腋淋巴结和

腹股沟浅淋巴结, 淋巴管在动脉周围淋巴结间反复形成环状迂回通路。修复腋、股动脉时, 易损伤局部结构, 是腋、股动脉修复术后发生淋巴漏的解剖基础。淋巴漏必备的病理条件: ①损伤周围链状淋巴管, 淋巴回流障碍, 淋巴循环途径中断, 是淋巴漏的主要原因; ②自体浅静脉移植, 局部淋巴液压力大于组织液压力, 易从断端漏出^[4]。

4.2 淋巴漏的诊断 本组 13 例行血肿或假性动脉瘤清除腋动脉和股动脉自体静脉移植修复的患者, 一般平均在术后 6 d 渗出大量淡黄色液体, 7~10 d 后为清亮液体, 淋巴液常规涂片检查、伤口分泌物涂片及培养无细菌生长, 引流量一般为 300 ml/d^[5]。因此, ①术后 6 d 出现渗出并持续 10 d 左右; ②微生物学检查仅见淋巴细胞, 培养无细菌生长; ③引流量超过 300 ml/d 可诊断为淋巴漏^[6]。

4.3 淋巴漏的预防 根据淋巴漏可能出现的原因, 了解解剖部位可能存在的淋巴管, 分离血管时尽量减少损伤^[7]。同时注意淋巴循环丰富且常存在变异部位(如腋窝和股管周围), 减少解剖以保护淋巴管, 手术操作时不宜用电刀, 必须切断的淋巴管应尽量结扎。

参考文献

- 1 曹献廷, 徐恩多. 局部解剖学. 北京: 人民卫生出版社, 1984 5-35.
- 2 刘伟中, 徐志丹, 梁超, 等. 胃癌根治术后淋巴漏 6 例分析. 实用临床医学, 2002 3(1): 37
- 3 尚贤文. 胃癌淋巴结清除术所致腹腔淋巴漏 1 例报告. 实用肿瘤杂志, 2004 19(5): 437
- 4 陈新谦, 金有豫. 新编药理学. 北京: 人民卫生出版社, 1992 212
- 5 张春光, 马季, 陈颖, 等. 38 例股动脉损伤的救治. 白求恩医科大学学报, 1999 25(6): 758
- 6 时德, 张依仁, 刘象和, 等. 创伤性动脉瘤及动静脉瘘. 中华创伤外科杂志, 1996 12(4): 215.
- 7 刘静, 邹耀强, 周天保, 等. 3 例大隐静脉曲张术后淋巴漏的诊治体会. 中国普外基础与临床杂志, 2002 9(4): 271.

(收稿日期: 2005-07-12 本文编辑: 王宏)

1 北京第二炮兵总医院骨科, 北京 100088 2 兰州军区总医院创伤骨科中心